

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 21 juin 1900, à 1 heure

PAR

Maurice CLERC

DE LA GASTROPLICATION

Contribution au Traitement chirurgical

DE LA

DILATATION DE L'ESTOMAC

Président : M. BERGER, Professeur.

BOUCHARD, Professeur.

Juges : MM. CHARRIN, Agrégé.

FAURE, Agrégé

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET

PARIS. — 36, Rue Serpente. — PARIS

(EN FACE LA FACULTÉ DE MÉDECINE)

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N° 441

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 21 juin 1900, à 1 heure

PAR

Maurice CLERC

DE LA GASTROPLICATION

Contribution au Traitement chirurgical

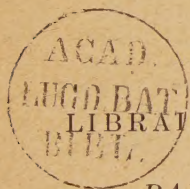
DE LA

DILATATION DE L'ESTOMAC

Président : M. BERGER, Professeur.

*Juges : MM. { BOUCHARD, Professeur.
CHARRIN, Agrégé.
FAURE, Agrégé*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical



LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET

PARIS. — 36, Rue Serpente. — PARIS

(EN FACE LA FACULTÉ DE MÉDECINE)

1900

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen..... Professeurs.....

Anatomie.....
Physiologie.....
Physique médicale.....
Chimie organique et chimie minérale.....
Histoire naturelle médicale.....
Pathologie et thérapeutique générales.....
Pathologie médicale.....
Pathologie chirurgicale.....
Anatomie pathologique.....
Histologie.....
Opérations et appareils.....
Pharmacologie et matière médicale.....
Thérapeutique.....
Hygiène.....
Médecine légale.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
Pathologie comparée et expérimentale.....

M. BROUARDEL
MM.

FARABEUF.
CH RICHET
GARIEL.
GAUTIER.
BLANCHARD.
BOUCHARD.
HUTINEL.
DEBOVE.
LANNELONGUE
CORNIL.
MATHIAS DUVAL.
BERGER.
POUCHET.
LANDOUZY.
PROUST.
BROUARDEL.
BRISSAUD.
CHANTEMESSE.

Clinique médicale.....

Clinique des maladies des enfants.....
Clinique des maladies syphilitiques.....
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....
Clinique des maladies nerveuses.....

POTAIN.
JACCOUD.
HAYEM.
DIEULAFOY.
GRANCHER.
FOURNIER.

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....
Clinique des voies urinaires.....
Clinique d'accouchement.....

JOFFROY.
RAYMOND
TERRIER.
DUPLAY.
LE DENTU.
TILLAUX.
PANAS.
GUYON.
BUDIN.
PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.
ACHARD.
ALBARRAN.
ANDRÉ.
BONNAIRE.
BROCA Auguste.
BROCA André.
CHARRIN.
CHASSEVANT.
DELBET.
DESGREZ.

MM.
DUPRÉ.
FAURE.
GAUCHER.
GILLES DE LA
TOURETTE.
HARTMANN.
LANGLOIS.
LAUNOIS.
LEGUEU.
LEJARS.

MM.
LEPAGE.
MARFAN.
MAUCLAIRE.
MENÉTRIÉR.
MERY.
ROGER.
SEBILEAU.
TEISSIER.
THIERY.

MM.
THIROLOIX.
THOINOT.
VAQUEZ.
VARNIER.
WALLICH.
WALTHER.
WIDAL.
WURTZ.

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON BISAIEUL

A. AUBRIET, Chirurgien militaire, (*Leipzig, 1813.*)

A MES GRANDS PARENTS ET A MES PARENTS

*Faible témoignage de ma vive
et sincère reconnaissance.*

A MA SŒUR

A MON FRÈRE ET A MA BELLE-SŒUR

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER

Chirurgien des hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

La chirurgie de l'estomac, pour être de création relativement récente, n'en a pas moins déjà produit d'intéressants travaux et obtenu de brillants succès.

Les indications d'opérer deviennent chaque jour plus fréquentes, et ce, pour deux raisons : le chirurgien qu'une aseptie parfaite rend maître absolu du terrain, perfectionne de jour en jour sa technique et les résultats qu'il obtient décident le médecin à lui confier, à une période moins avancée de leur affection, les malades qui n'ont pas toujours bénéficié d'une intervention opportune.

Dans un récent ouvrage, MM. Terrier et Hartmann dressent avec beaucoup de détails l'inventaire de l'arsenal chirurgical utilisé dans les maladies gastriques et au dernier congrès de chirurgie ; l'un de ces auteurs disait :

« Je crois qu'il est de notre devoir de vulgariser auprès des médecins les résultats de la chirurgie gastrique, d'autant qu'ils vont sans cesse en s'améliorant. »

La communication portait principalement sur la gastro-entérostomie et la gastrotomie ; elle a été reprise et étendue à la pylorectomie (1).

Mais, à côté de ces interventions sérieuses il en est une moins grave, s'appliquant à des lésions moins profondes, susceptible, il est vrai, néanmoins de procurer une amélioration notable aux malades sur lesquels on l'aura pratiquée. Nous voulons parler de la gastroplication qui se propose de réduire par un simple plissement la capacité d'un estomac dilaté.

C'est cette opération dont nous avons été assez heureux pour rassembler quelques observations que nous avons prise comme sujet de notre thèse inaugurale.

Arrivé au terme de nos études médicales nous ne voudrions pas taire la gratitude que nous avons pour nos anciens maîtres. M. le professeur Berger nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse : à lui nos premiers remerciements. MM. Faure, chirurgien des hôpitaux de Paris et Gueillot, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Reims, nous ont laissé puiser très libéralement dans leur riche trésor de documents cliniques. Qu'ils veulent bien recevoir ici l'expression de notre vive reconnaissance.

N'oublions pas enfin MM. les professeurs Duret et Rogie de la Faculté libre de Lille, à qui nous sommes tout particulièrement heureux d'adresser ici un respectueux hommage.

(1) Technique de la pylorectomie. Hartmann et Cunéo. *Presse médicale*, 31 mars, 1900.

Division

Sous peine de passer pour un séparatiste à outrance, il faut convenir de suite que toutes les ectasies gastriques ne sont pas justiciables d'une intervention chirurgicale ; bien mieux, nous retournerions assez volontiers la proposition pour dire : la dilatation de l'estomac relève généralement du traitement médical.

Toutefois, un rapide aperçu pathogénique va nous montrer que les ressources de la thérapeutique sont fatalement impuissantes dans certains cas bien déterminés et nous fera convenir avec Bouveret de la nécessité d'une intervention opératoire, sous peine de voir les malades s'acheminer lentement, mais sûrement, vers une cachexie mortelle.

Cette proposition dûment établie, nous verrons comment elle a été interprétée par les partisans de la gastroplication ; et nous comparerons leurs résultats à ceux qui ont pu être obtenus à l'aide d'autres interventions proposées dans le même but.

Un certain nombre de chirurgiens étrangers aussi bien que français ont pratiqué le plissement de l'estomac.

La technique, comme nous le verrons d'ailleurs, a été sensiblement la même pour tous, et les circonstances de l'intervention posées dès le début n'ont guère varié comme nous allons pouvoir en juger maintenant.

Aperçu pathogénique

Les auteurs contemporains tendent à faire de la dilatation de l'estomac, non une entité morbide, mais l'aboutissant des lésions gastriques diverses et la considèrent comme une simple stase, une stagnation du contenu de l'estomac. Celui-ci est le plus souvent très-dilaté, de capacité énorme et renferme une grande quantité de bouillie alimentaire. « Est atteint de dilatation, dit Bouveret, tout estomac plus grand qu'à l'état normal, incapable de se rétracter et retenant dans sa cavité les matières ingérées. »

Deux ordres de causes peuvent conduire à cet état pathologique qui est un peu à l'estomac ce que l'asystolie est au cœur.

L'ectasie gastrique en effet peut résulter d'une augmentation du travail mécanique ou d'un affaiblissement de la paroi musculaire de l'organe.

Le surcroît de travail que l'estomac doit fournir lui vient le plus souvent d'un obstacle au cours normal des

matières, il peut aussi tenir à des troubles de fonctionnement de la muqueuse. L'obstacle est intrinsèque ou extrinsèque. Le type des faits du premier genre est fourni par le cancer du pylore : c'est à lui que l'on doit rapporter les cas de dilatation les plus prononcés, ceux où l'organe peut acquérir les plus grandes dimensions. Ensuite, prennent place, tous les rétrécissements susceptibles de se produire à ce niveau, notamment les sténoses fibreuses consécutives à la cicatrisation de l'ulcère simple qui siègent assez souvent au niveau du pylore. On peut rapprocher de celles-ci les coarctations qui se développent au dépens du duodenum et qui sont la conséquence d'ulcérations bien étudiées par Bucquoy.

Il y a aussi des compressions exercées de dehors en dedans par hypertrophie du voisinage (cancer de la tête, du pancréas, du duodenum, des voies biliaires, anévrysme de l'aorte abdominale, etc) par striction thoracique (maladie du corset de Hayem et Lyon), par brides péritonéales ou par désordres statiques (déplacement, ptose, dislocation verticale).

Enfin, comme l'endocarde, la muqueuse gastrique peut être malade et nécessiter des efforts plus considérables que ceux normalement nécessaires pour assurer le libre fonctionnement de l'organe : on assiste alors successivement à une phase de gastrite avec subintrance des digestions, à une période de dilatation avec hypertrophie pour aboutir au stade de dilatation atonique avec atrophie (Hayem et Lyon).

L'affaiblissement de la paroi musculaire de l'estomac ou akynésie motrice passe par les états d'atonie, d'altération et de paralysie. Son étiologie est encore obscure et il ne suffit pas de dire qu'il y a là une influence ner-vo-motrice.

Il faut alors chercher du côté de l'état général et l'énumération des maladies qui pourraient y disposer serait fort longue. On y verrait figurer les anémies, les chloroses, la tuberculose pulmonaire, les troubles de la nutrition, la neurasthénie, etc.

Quelle que soit la cause de la dilatation, ses effets se produisent principalement du côté de la grande courbure qui s'insinue en les dédoublant entre les deux feuillets du grand épiploon, refoule en bas l'arc du côlon, repousse l'intestin grêle en arrière et en bas et finit parfois par envahir tout l'abdomen. La grosse tubérosité remplit tout l'hypocondre gauche, soulève le diaphragme, repousse le cœur et les poumons, la petite tubérosité acquiert parfois un volume tel que l'orifice pylorique occupe la partie moyenne d'une vaste ampoule formée par l'estomac.

Seule la petite courbure reste telle, les deux orifices conservant leur distance; toutefois, s'il y a en même temps dislocation verticale, le pylore peut être déplacé. L'estomac reste toujours en rapport avec la paroi abdominale par sa face antérieure, l'arc du côlon accolé à la grande courbure est un peu en arrière.

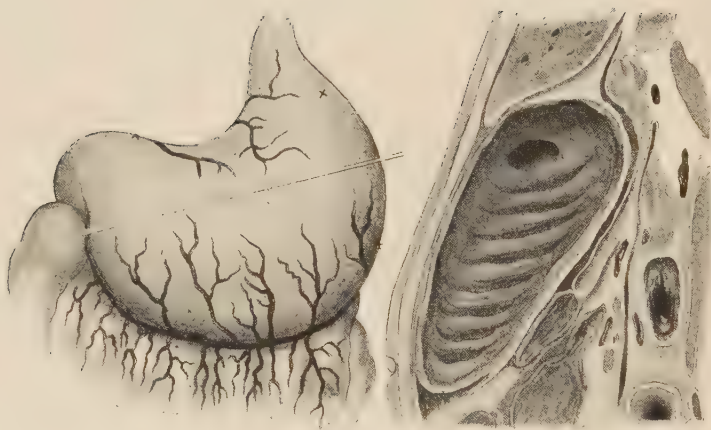
L'estomac, cavité ouverte à ses deux extrémités est un

lieu de passage des aliments et le siège de modifications digestives ; c'est là que séjournent les matières ingérées et qu'elles se modifient, du moins partiellement. Si leur séjour se prolonge elles s'altèrent et deviennent l'origine d'une véritable intoxication, à moins qu'elles ne soient rejetées par vomissements, alors, l'absorption ne se faisant pas, le malade s'épuise et meurt d'inanition.

Deux dangers naissent donc de cette stase des aliments et le but à remplir n'est autre que de rétablir la circulation des ingesta, de s'opposer à leur stase dans l'estomac.

Il est facile de comprendre que le traitement médical est purement palliatif.

Lorsque la dilatation de l'estomac est modérée et que la retractorité de l'organe n'est pas définitivement perdue, on obtient une amélioration très notable, mais les récidives sont à craindre. Un estomac jadis dilaté est plus vulnérable et désormais incapable d'un surcroît de travail... Si la dilatation n'est pas liée à une sténose pylorique l'amélioration est bien médiocre et l'énorme développement de la grande courbure au-dessous du pylore est un obstacle insurmontable à l'évacuation du chyme dans l'intestin. De là, l'idée de faire cesser la rétention par une intervention chirurgicale (Bouveret).



Historique.

L'idée de diminuer la capacité de l'estomac par une plicature de sa paroi antérieure appartient sans contre-dit à un médecin suisse, Bircher d'Aarau.

Dans le numéro du 1^{er} décembre 1891, de *Correspondenz Blatt für Schweizer Aertze*, il rapportait trois cas où il avait invaginé dans la cavité de l'estomac un pli plus ou moins large de la paroi; les surfaces péritonéales avaient été réunies par des sutures à la soie, en sorte que la capacité de l'estomac avait été sensiblement diminuée sans que la surface sécrétante de la séreuse ait été amoindrie. Des planches annexées à ce travail et reproduites ici indiquaient la direction du pli à invaginer et montraient la réduction considérable de l'estomac obtenue par cette nouvelle opération. (Pl. I.)

Trois ans plus tard Bircher publiait dans le même journal un second mémoire sur six nouveaux cas de gastroplication, cinq se proposant de diminuer la capacité de l'organe et le dernier ayant pour objet de cacher

une surface cruentée résultant de la séparation d'adhérences.

De l'ensemble de ces observations, le chirurgien suisse concluait à l'emploi de son procédé opératoire pour réduire le volume de l'estomac dans le cas de dilatation générale ou locale de l'organe, pour cacher les surfaces cruentées après rupture d'adhérences et pour invaginer dans la cavité stomacale une partie de paroi ulcérée ou perforée. Cette analyse succincte suffit pour établir le mérite de l'inventeur et pour justifier l'adjonction de son nom à celui de l'opération qu'il a le premier pratiquée.

Six mois après la première publication de Bircher, Robert Weir, de New-York, faisait part d'un cas analogue auquel il donnait le nom de gastrorrhaphie. Son malade avait subi trois ans auparavant une gastro-entérostomie pour sténose pylorique, mais l'estomac resté distendu pouvait contenir quatre à cinq litres de liquide et descendait jusqu'au pubis. En mars 1892, Weir fit une laparotomie, invagina un pli de la paroi antérieure de l'estomac de la largeur et de la longueur de la main et obtint un excellent résultat, d'où il conclut :

« L'opération, très simple comme technique, dépourvue de tout risque, est applicable aux cas de gastrectasie non améliorée par le lavage ou présentant plusieurs rechutes ».

En 1894, Joseph Brandt de Klausenburg pratiqua la gastroplication sur une jeune femme dont l'estomac descendait jusqu'au pubis.

Cette même année eut lieu à la société de médecine de Berlin, une intéressante discussion sur le traitement chirurgical des affections de l'estomac, au cours de laquelle plusieurs allusions furent faites à l'opération de Bircher.

Au Congrès des chirurgiens du Nord, tenu à Christiania en 1895, Borélius et Nicolaysen rapportent chacun un cas de plissement de l'estomac pour dilatation pathologique.

Dans son important mémoire sur la gastro-entérostomie Roux, de Lausanne, parle incidemment de la gastroplication qu'il n'a pratiquée qu'une seule fois.

Le passage vaut la peine d'être cité en entier : « Nous
« avons eu une fois seulement l'occasion de pratiquer
« l'opération de Bircher parce que, comme nous le
« disions, la vraie dilatation est extrêmement rare et
« nous ne connaissons que par ouï-dire les *kartofel-*
« *magen* de nos confrères de la Suisse-Allemande. Et
« encore la malade chez laquelle nous avons pratiqué
« la gastroplication portait-elle un anneau pylorique
« blanchâtre perméable pour l'index. Un an après nous
« avons dû faire la gastro-entérostomie qui a régularisé
« la circulation des aliments. A cette occasion nous
« avons pu constater que l'estomac avait conservé très
« exactement la forme et les dimensions que lui avait
« donnée la gastroplication un an auparavant. S'il n'était
« puéril de se faire une opinion sur un seul cas, nous
« dirions que la gastroplication permet d'obtenir dans
« la forme et le volume de l'estomac la modification

« cherchée et qu'elle peut réussir au point de vue théra-
« peutique pourvu que le pylore ne soit pas un coupable
« endurci. En tout cas, la proposition de Robert Weir
« de faire l'opération de Bircher après la gastro-entéros-
« tomie prouve que les procédés ordinaires de gastro-
« entérostomie donnent une confiance très limitée dans
« l'évacuation de l'estomac : c'est un argument à retenir
« en faveur de notre procédé en Y. »

L'observation de Roux est fort intéressante parce qu'elle a permis de constater, après un an, le résultat anatomique de la gastroplication ; elle ne prouve rien contre sa valeur thérapeutique puisqu'il ne s'agissait pas d'une gastrectasie simple, mais d'une dilatation symptomatique, d'un rétrécissement progressif du pylore.

En effet, la malade qui avait subi en juin 1894 la gastroplication, en juin 1895 la gastro-entérostomie, fut opérée une troisième fois en décembre 1895, pour des adhérences de l'estomac à l'intestin et à la paroi abdominale : « il fut alors constaté que le pylore s'était rétréci de plus en plus. »

Parmi les chirurgiens étrangers qui ont fait des gastroplications, citons encore : Bennett, de Londres (The Lancet, 1896) ; Schattack, de Boston (1897) ; Moynihan, de Londres (The Lancet, 1898) ; Horrocks (Annals of, Surgery, 1899) ; G. Childs Macdonald et Randolph Vinslow (Philadelphia medical journal, février, 1900) ; H. Moser et J. Dutton (American journal of the medical science, février 1900).

Dans un article sur le « traitement chirurgical de la dilatation gastrique (Progrès médical, 16 juillet 1892) le docteur Marcel Baudouin propose de diminuer la cavité de l'estomac par une gastrotomie temporaire et même par une gastro-entérostomie, il fait en outre une brève allusion à la gastroplication : « Mon raisonnement, dit-il, ne vaut qu'à la condition de considérer la dilatation en elle-même ; aussi bien certains chirurgiens l'ont-ils ainsi compris en proposant la résection partielle de l'estomac ou la plicature de sa paroi dans les affections de ce genre. »

C'est le docteur O. Guelliot, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Reims qui a publié en France le premier cas de gastroplication, il remonte au 3 octobre 1895 et parut dans un travail sur la symphyse stomacale lu au Congrès de chirurgie de 1896; la dilation était due à des adhérences résultant d'un ancien ulcère stomacal. Depuis lors ce chirurgien a pratiqué deux nouvelles gastroplications, l'une pour dilatation avec épaissement de la paroi, l'autre pour adhérences. .

Au début de mars 1897, le docteur J. L. Faure publiait un travail sur le plissement de l'estomac qu'il avait pratiqué l'année précédente au cours d'une opération plus complexe ; il y eut recours à nouveau six mois plus tard et cette fois encore pendant une intervention pour une affection toute différente.

Depuis lors, la gastroplication fut pratiquée, deux fois combinée à d'autres interventions ; H. Hartman l'asso-

cia à la gastropexie dans un cas de dilatation avec dislocation verticale de l'organe ; Th. Jonnesco en fit le premier temps d'une triple intervention (gastroplication, gastro-entérostomie, gastropexie) chez un homme atteint d'ectasie gastrique avec ptose et gastrite chronique.

Une trentaine d'interventions pratiquées par quinze chirurgiens différents tel est le bilan que nous avons pu dresser de la gastroplication. Avant de la juger par ses résultats, il n'est pas sans intérêt d'exposer la technique générale de cette opération avec les quelques modifications de détail dues au tempérament chirurgical de chacun.

Technique

Bircher dans son opération s'était proposé de faire un pli sur la paroi antérieure de l'estomac dilaté et de relever la grande courbure pour faciliter l'action des contractions musculaires destinées à chasser les aliments par le pylore. Après avoir lavé l'estomac, il ouvre le ventre par une incision parallèle au rebord costal, sort l'organe, rapproche par des sutures au niveau de sa face antérieure, la grande courbure de la petite et déprime avec une pince le pli intermédiaire vers la cavité de l'estomac ; trente sutures non perforantes semblables étaient successivement placées et l'organe rentré dans l'abdomen.

Au centre de l'espace situé entre les bords supérieurs et inférieurs de l'estomac, Weir fait un pli en passant une sonde du diamètre de un pouce, par dessus il jette huit à dix sutures entrecroisées à la soie à travers la séreuse et la musculuse sur une largeur de six à huit pouces puis il retire la sonde.

Seconde série de sutures à un pouce de la première ; troisième et quatrième série de sutures... jusqu'à quatre ou cinq pouces de la grande courbure. Cette méthode un peu longue et minutieuse donnait un double pli de la largeur de la main. (Pl. II.)

Brandt fait des sutures sur les parois antérieure et postérieure de l'estomac de façon à déterminer plusieurs plis parallèles sur chaque surface ; son procédé très long (200 sutures) n'offre aucun avantage sur les précédents. (Pl. II.)

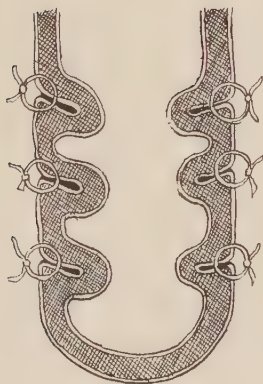
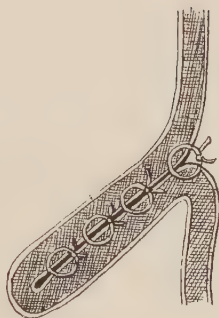
Bennett qui ignorait l'opération de Bircher s'est comporté d'une façon à peu près identique ; toutefois, il n'intéressait pas toute la paroi antérieure de l'estomac : le pli n'avait que trois pouces de largeur sur douze de longueur. Ce chirurgien voulait agir de même sur la grande courbure, mais l'état du malade ne lui permit pas de pousser plus loin. Quelque temps après, les symptômes de dilatation se reproduisant, Bennett crut que la mince couche de suture avait cédé et se promit, pour ses interventions à venir, de passer les sutures deux ou trois fois à travers les parois de l'estomac, de façon qu'en pliant de larges surfaces sereuses soient opposées. (Pl. II.)

La méthode suivie par Moynihan lui a été suggérée par la précédente : « Je passai douze sutures à un pouce environ de distance, chaque suture traversant la paroi de l'estomac en neuf points ; ces sutures rayonnant de la grande courbure prenaient la face antérieure de

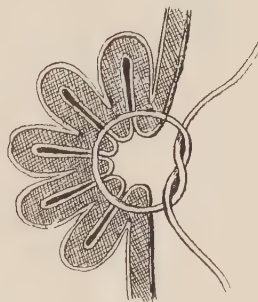
Bircher



Weir



Brandt



Bennett, et Faure.

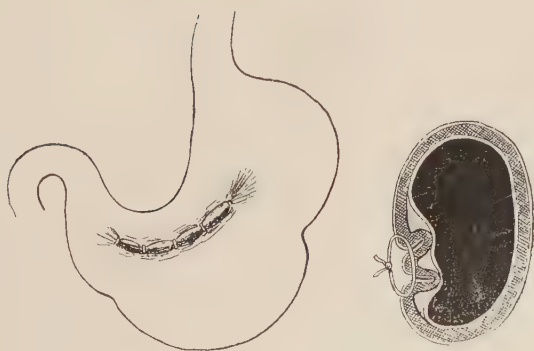
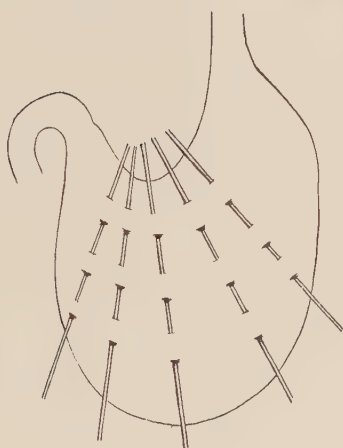
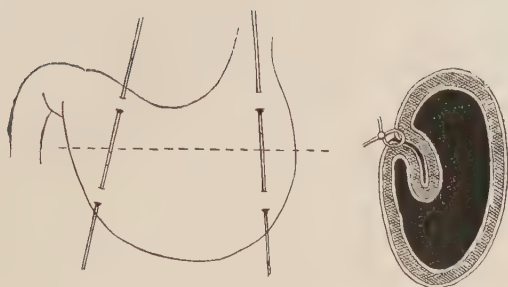
l'estomac, sauf le voisinage immédiat des deux orifices; je les serrai une à une et il en résulta un bombement de l'extrémité du pli; une seconde et une troisième série de sutures placées aux extrémités de l'estomac en régularisèrent la cavité. »

Les chirurgiens français n'apportèrent pas de modification sensible aux procédés déjà exposés; leur pratique peut se résumer dans celle de J.-L. Faure que nous reproduisons ici.

Pour faire un plissement de quelque étendue et pour passer des fils sans difficulté et sans s'exposer à perforer la muqueuse, il faut agir commodément en attirant hors de l'abdomen la majeure partie ou la totalité de l'estomac, ce qui est en général assez facile après la longue incision d'une laparotomie et avec la grande mobilité que présente la viscère dès qu'il a atteint un certain degré de dilatation. Les fils seront dirigés perpendiculairement à l'axe de l'estomac sur la plus grande largeur et la plus grande hauteur possibles de la grande vers la petite courbure et nécessairement plus écartés au niveau de la première. Il ne faut pas dépasser la musculature par crainte des vaisseaux d'ailleurs bien visibles à la surface de l'estomac. Le fil doit être sur la plus grande partie de son trajet et principalement aux extrémités enfoui dans l'épaisseur de la paroi et n'apparaître que de loin en loin à la surface de la séreuse; le plissement est ainsi plus facile et les adhérences séro-séreuses sont plus rapides à se former, plus solides

dans leur texture. On placera ainsi un certain nombre de fils suivant la longueur de l'estomac et l'étendue de la partie accessible de sa face antérieure; on les nouera les uns après les autres en les serrant progressivement et doucement par crainte de déchirure aux extrémités. La petite courbure étant à peu près immobile, les points d'émergence des fils situés près d'elle restent fixes et ce sont les points d'entrée près de la grande courbure qui se portent vers le haut, entraînant avec eux et la grande courbure et l'épiploon qui y est fixé.

Cette opération très simple et très rapide est en même temps exempte de dangers; tout au plus pourrait-elle donner lieu à la piqûre d'un vaisseau ou à la perforation de l'organe, accidents faciles à prévenir, car les vaisseaux sont visibles et l'aiguille chemine aisément dans l'épaisseur de la musculieuse.



Résultats

Toute intervention chirurgicale valant surtout par ses résultats, il est intéressant de voir ceux que donne la gastroplication; ils sont de deux ordres, anatomiques et cliniques, ceux-ci les plus importants en l'espèce.

Une série d'expériences instituées par J.-L. Faure à la suite de sa première intervention montre bien que la gastroplication répond parfaitement au but qu'elle se propose, à savoir de restreindre le volume de l'estomac dilaté.

Expérience I. — Estomac considérable, contenance 2.400 c.c. Sept ou huit fils sont placés sur sa paroi antérieure ainsi diminuée de huit centimètres environ; après le plissement, la capacité n'est plus que de 2.050 c.c.; diminution 15 %.

Expérience II. — Grand estomac, 2.700 c.c.

Huit fils sur la paroi antérieure qui est plissée sur toute sa longueur et sur une hauteur variant de 8 à

12 centimètres. Nouvelle capacité, 1.350 c.c. Diminution 50 %.

Expérience III. — Estomac de 2.200 c.c.

Sept fils sur la paroi antérieure plissée sur une hauteur de 8 à 10 centimètres. Nouvelle capacité, 1.200 c.c. Diminution, 45,5 %.

Expérience IV. — Estomac de 2.200 c.c.

Même plissement. Capacité nouvelle, 1.150 c.c. Diminution, 48 %.

Expérience V. — Estomac assez petit, 1.300 c.c. seulement. Trois fils sur la grosse tubérosité sur une hauteur de 8 à 10 centimètres. Nouvelle capacité, 875 c.c. Diminution 35 %.

Expérience VI. Grand estomac 3.000 cc. Quatre fils déterminant un plissement de 10 centimètres environ. Capacité nouvelle 1750 cc. Diminution 42 %.

Expérience VII. Petit estomac de 750 cc. Trois fils de 7 à 8 centimètres de hauteur moyenne. Capacité nouvelle 450 cc. Diminution 40 %.

Expérience VIII. Estomac moyen de 1.400 cc. Quatre fils de 7 à 8 centimètres de hauteur moyenne. Capacité nouvelle 1.200 cc. Diminution 16 %.

En réunissant ces divers chiffres, on obtient comme diminution moyenne de la capacité stomacale après le plissement le chiffre de 36 %; et pour peu que l'on mit des fils sur toute la longueur de la paroi antérieure et sur la plus grande partie de sa hauteur on obtiendrait facilement une réduction allant jusqu'à 50 %.

Il suffit de voir sur un estomac rempli d'eau avant et après le plissement, la différence profonde produite par l'opération qui modifie complètement l'aspect du viscère et le transforme en une sorte de large canal, pour se convaincre que les conditions de stase alimentaire doivent être tout à fait transformées et que les aliments, ne trouvant plus pour y séjourner et y fermenter le vaste cul-de-sac formé surtout par la grosse tubérosité, doivent gagner beaucoup plus facilement le pylore.

La face interne de l'estomac vue du côté de la muqueuse ne semble pas de beaucoup aussi modifiée, même par un large plissement qu'on pourrait le croire au premier abord. C'est à peine si on aperçoit un bourrelet assez peu saillant sur lequel apparaissent vaguement des plis longitudinaux : cela tient à ce que la muqueuse elle-même en réalité ne prend aucune part au plissement qui porte seulement sur les tuniques séreuse et musculuse. La couche celluleuse de l'estomac étant assez lâche, la muqueuse ne suit pas la musculuse sous-jacente dans les plis qu'elle dessine sous l'étreinte du fil ; elle passe du sommet d'un pli au sommet du pli voisin sans descendre au fond du sillon qui les sépare, et à la surface de la muqueuse c'est à peine si une dépression légère vient en révéler la présence.

Ces expériences de laboratoire montrent les résultats directs de l'intervention : ne sont-ils pas modifiés dans l'organisme vivant et son fonctionnement n'a-t-il pas pour effet d'effacer lentement le pli et de ramener

insensiblement l'estomac à sa capacité antérieure ? Sans doute, il est des cas dans lesquels le succès fût de courte durée et fit bientôt place à la dilatation primitive, mais ces cas sont imputables au trop grand écartement des fils entre lesquels les tissus imparfaitement contenus ont cédé : témoin, l'observation suivante.

Chez un dilaté que le traitement médical avait peu amélioré, W. H. Horrocks (1) intervint chirurgicalement. Ayant procédé à une laparotomie médiane sus ombilicale, il incisa transversalement l'estomac dans le voisinage du pylore, pour pouvoir explorer avec le doigt l'orifice pylorique. Après avoir constaté la présence d'un ulcère sur la paroi postérieure du viscère, et après s'être assuré que le pylore était perméable, il ferma l'ouverture stomacale au moyen d'une suture continue au catgut : puis, dans le but de relever la grande courbure, il plia la paroi antérieure de l'estomac sur elle-même, et la fixa dans cette position par un double rang de points au catgut. Le succès de cette intervention ne fut pas durable ; au bout d'un mois les troubles digestifs réapparurent et la dilatation se reproduisit. Pensant que cet insuccès était dû à ce que les sutures n'avaient pas tenu, Horrocks décida d'ouvrir une seconde fois l'abdomen. Au lieu de faire un pli parallèle à la petite courbure, il procéda à un plissement vertical et plaça six points de soie à travers les parois musculuse et séreuse de l'estomac.

(1) *Annals of Surgery*, septembre 1899.

L'opération fut complétée par quelques sutures de Lembert.

Cette fois le résultat fut excellent, et quand la patiente quitta l'hôpital son poids avait augmenté de plus de 7 kilogrammes.

Une autre preuve plus démonstrative encore nous est fournie par Roux de Lausanne dont nous avons rapporté l'observation : à un an d'intervalle ce chirurgien constata directement que l'estomac avait conservé très exactement la forme et les dimensions à lui données par la gastroplication.

Edifiés sur la durée et la solidité de la modification apportée par une opération bien faite, voyons maintenant le bénéfice matériel retiré par les malades sur lesquels fut pratiquée la gastroplication. La relation que nous donnerons des différents cas sera forcément brève en ce qui concerne les auteurs étrangers ; pour ce qui est des chirurgiens français, nous rapporterons en détail leurs observations.

Bircher I. — Homme de 46 ans, opéré le 20 juillet 1891. Incision parallèle aux fausses côtes gauches ; estomac attiré en dehors suivant les deux points extrêmes de la grande et de la petite courbure ; trente sutures à la soie intéressant la séreuse et la musculuse ; suture pariétale à trois étages : guérison rapide. Les six premiers jours on ne donna que des lavements alimentaires, puis on commença à administrer des liquides par la bouche ; au

douzième jour, le malade travaillait et n'éprouvait plus aucune souffrance. Trois mois plus tard, cet homme alcoolique invétéré présenta des phénomènes de catarrhe gastrique, des vomissements et de violentes douleurs dorsales. D'après une induration constatée au niveau de la petite courbure près du pylore, Birchier entrevit la possibilité d'un cancer, fit une nouvelle laparotomie et réséqua le pylore : le malade mourut de collapsus. A l'autopsie on constata la présence d'un ulcère au niveau de la petite courbure ; autour des sutures à la soie de la première opération s'étaient développées de petites nodosités conjonctives dures ; le pli avait conservé à peu près ses dimensions, les deux feuilletés séreux juxtaposés étaient réunis par des adhérences lâches et la dilatation ne s'était pas reproduite.

Le deuxième cas est celui d'une femme opérée le 11 août 1891 : la dilatation était due à un allongement de la grande courbure qui descendait au-dessous de l'ombilic ; cette malade guérit. Il en fut de même d'un homme âgé de 43 ans et qui avait eu autrefois un ulcère rond.

Sur les six observations du second mémoire de Birchier, quatre rapportent des succès ; un des opérés mourut subitement le 30^e jour, l'autre s'éteignit dans le collapsus 56 heures après l'opération.

Moynihan. — Homme 47 ans, depuis cinq à six ans souffre d'indigestion et de vomissements : relativement tranquille durant l'heure qui suivait immédiatement le

repas, il commençait bientôt à souffrir de pesanteur et d'oppression graduelle à l'épigastre, jusqu'à ce que la douleur devint intolérable ; bouche sèche, langue rude et chaude, soif inextinguible, parfois éructation. Le vomissement, que depuis peu il déterminait lui-même était toujours suivi d'un soulagement considérable et entraînait parfois des fragments de nourriture ingérée quelques jours auparavant. Le traitement médical institué à cette époque demeura insuffisant, toutefois, le lavage de l'estomac amenait un grand bénéfice temporaire au point que durant six mois, il fut employé deux fois par jour. Le malade n'était jamais longtemps sans douleur, gêne ou oppression et vivait dans un état d'anxiété continuelle. A l'examen, l'estomac énormément distendu paraît occuper les 2/5 de l'abdomen ; rien d'anormal au pylore.

Opération le 31 août 1897, guérison rapide avec disparition des vomissements et de la soif, dès le premier jour administration de liquide par la bouche, l'état s'est maintenu aussi satisfaisant depuis l'opération.

Nous ne rapporterons par les autres observations étrangères dont il a été question au cours de cette étude : les relations que nous en possédons envisageant surtout l'intervention en elle-même et non ses suites éloignées.

Avec les chirurgiens suivants il nous sera plus facile d'envisager dans toute son étendue la question que nous nous sommes proposé d'étudier dans ce travail.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (D^r O. Guelliot) (1)

Ancien ulcère de l'estomac : symphyse stomaco-hépatique et dilatation de l'estomac. Laparotomie ; destruction des adhérences ; hépatopexie et gastroplication : guérison constatée un an après l'opération.

Madame D..., quarante-deux ans, a eu sept ans auparavant tous les symptômes d'un ulcère de l'estomac, hématomèses comprises, constatés par le D^r Lamiable de Château-Porcien. Depuis, bien que suivant un régime lacté plus ou moins sévère, elle a été atteinte à plusieurs reprises d'accès douloureux avec exacerbation dans la région épigastrique, à gauche de l'appendice : à la moindre fatigue, au moindre écart de régime, survenaient des vomissements douloureux, consécutifs aux repas. La dernière grande crise a eu lieu en novembre 1894, et les symptômes péritonéaux ont été assez aigus pour qu'on ait craint une perforation. Depuis, les digestions sont de plus en plus pénibles ; le lait lui-même est mal supporté, la douleur spontanée siège plus bas, à gauche de l'ombilic.

En octobre 1895, on constate une dilatation notable de l'es-

(1) Cette observation a été publiée dans les mémoires du X^e Congrès de Chirurgie, 1896. Nous la complétons jusqu'à ce jour.

tomac ; la nutrition est très défectueuse, la malade ne pèse que cent livres :

Diagnostic : adhérences et dilatation de l'estomac consécutives à un ancien ulcère de l'estomac.

La laparotomie est faite le 3 octobre 1895 par les D^{rs} Guelliot et Lévêque. Le D^r Langlet donne le chloroforme ; Madame le D^r Lachowska et le D^r Lachowski assistent à l'opération. On trouve l'estomac adhérent au foie dans toute la face inférieure de celui-ci ; au-dessous, l'estomac très-dilaté ne présente qu'une adhérence lâche entre la grande courbure et l'épiploon. Après avoir sectionné celle-ci, nous libérons lentement et difficilement soit avec le doigt, soit avec les ciseaux, les attaches stomaco-hépatiques ; nous arrivons ainsi au niveau de la petite courbure où l'estomac adhère intimement au foie sur une étendue de deux centimètres environ. C'est à ce niveau que siégeait sans doute l'ulcère, et pour séparer complètement les deux organes, il faudrait réséquer un morceau de l'estomac. La libération déjà faite laisse sur la face antérieure de l'estomac une surface cruentée de la largeur de la paume de la main correspondant à une surface analogue de la face inférieure du foie. Quand on relève celui-ci, les deux surfaces s'éloignent et forment un angle ouvert en bas et en avant ; ce mouvement redresse de plus une dépression qui existe au voisinage de la petite courbure et tend à lobuler légèrement l'estomac. Aussi, pour éviter autant que possible la reproduction de la symphyse, nous fixons le foie dans la position relevée en passant un catgut dans son bord inférieur et l'angle supérieur de l'incision abdominale.

Puis la dilatation de l'estomac est corrigée par une plicature longitudinale de la paroi antérieure. Ce pli rentrant est maintenu par un surget au catgut.

L'opérée est maintenue à la diète et ne prend que des grogs pendant les deux premiers jours ; le troisième jour, on lui donne du lait qu'elle digère ; le huitième jour, des potages, puis des œufs, des purées. Quelque temps après on commence

à lui permettre de la viande hachée et elle quitte notre clinique en excellent état vingt-six jours après l'opération.

Deux mois après, elle avait engraisé de vingt livres.

En août, après une imprudence alimentaire, (absorption de *salade au lard*, mets spécial à nos départements de l'Est) elle a une indigestion suivie de douleurs dans le flanc gauche et au niveau de la cicatrice. Depuis, les fonctions digestives sont revenues ce qu'elles étaient avant cet orage passager.

Nous la voyons en avril 1897, elle est tout à fait changée : C'est une femme encore un peu maigre, mais robuste, au teint coloré, ne souffrant ni dans la marche, ni dans le travail. Ce n'est que lorsqu'elle se livre à des efforts considérables (chargement d'une botte de foin sur une voiture, par exemple) qu'elle sent un léger tiraillement à gauche au-dessus de l'estomac.

Elle a gagné encore douze livres depuis l'an dernier et pèse actuellement 66 kilos.

En 1898, le bon état général et le fonctionnement parfait des voies digestives continue et se maintient.

Etat constaté trois ans après l'opération.

OBSERVATION II (D^r J. L. Faure) (1)

Le 17 août 1896, au cours d'une laparotomie pour affection des annexes chez une blanchisseuse de 27 ans, depuis quinze jours à l'hôpital Saint-Antoine, j'allais refermer le ventre, lorsque l'estomac jusqu'alors caché par des compresses vint combler la presque totalité de la plaie : il était très dilaté et descendait jusqu'au pubis. Je pris immédiatement le parti d'en diminuer la capacité. Pour y parvenir, je plaçai sur la paroi antérieure de l'estomac 7 ou 8 catguts ; ceux-ci noués, la paroi antérieure de l'estomac se trouvait diminuée en hauteur de 6 à 8 centimètres. Cette opération complémentaire ne dura pas dix minutes. Surjet sur les muscles et le péritoine, crins de Florence sur la peau et les plans profonds ; pansement à la gaze stérilisée. Diète sévère pendant deux jours, suites normales. Fils enlevés le huitième jour. La malade sort guérie le 27 septembre. Elle est revue le 20 octobre ; alimentation et digestion normales ; à une seconde visite le 20 décembre, son état gastrique est toujours excellent.

OBSERVATION III (D^r G. Guelliot, inédite)

*Adhérences de l'estomac au côlon transverse à l'épiploon.
Libération et gastroplication*

G. Fr. est entré à l'Hôtel-Dieu de Reims le 23 avril 1897, pour des douleurs stomacales très violentes, revenant depuis plusieurs années sous forme de crises. C'est un homme petit, maigre, à teint pâle, mais non cachectique, ne pesant que 99 livres. Tous les huit ou dix jours, en moyenne, il est pris de douleurs très vives au niveau de l'estomac avec irradiations dans le dos, sans vomissements. La crise dure de 12 à 24 heures

(1) *Gazette des Hôpitaux* des 2 et 4 mars 1897.

et revient sans cause appréciable ; dans l'intervalle, il digère assez bien à condition de ne prendre que des aliments légers.

En somme, il n'y a jamais eu de signe certain d'ulcère ; d'un autre côté, il ne paraît pas y avoir d'obstruction même relative du pylore. L'estomac est moyennement dilaté.

Le mois précédent nous avons opéré un homme jeune comme celui-ci, présentant des symptômes presque analogues quoique plus accentués encore, et nous avons été surpris de trouver une tumeur du pylore. Est-ce encore un de ces cas de cancer larvé ? Une simple gastralgie est peu probable vu la durée de la continuité des crises.

Les douleurs réapparaissant malgré le régime lacté absolu, et le malade demandant lui-même un soulagement à cet état intolérable, une laparotomie est faite le 12 mai 1897.

Le péritoine pariétal est adhérent aux organes sous-jacents, épiploon et surtout foie ; l'adhérence à cet organe est en nappe et totale.

On dégage peu à peu l'estomac qui est peu adhérent en avant mais est relié au côlon transversal et à l'épiploon par des adhérences serrées. Le côlon est immobilisé au milieu des tractus fibreux ; il en résulte des coudures qui le rendent très irrégulier. Il est rempli de magma caséux (lait) jusqu'à l'angle du côlon descendant. On le libère peu à peu et difficilement en déchirant les brides celluleuses et sectionnant entre deux ligatures deux grosses adhérences stomaco-coliques.

L'estomac peut alors seulement être complètement attiré au dehors. Il est un peu dilaté et recouvert de grosses veines turgescentes et noirâtres ; l'une d'elles éraillée pendant la séparation de l'organe, est liée au catgut.

On fait alors un pli peu profond de la face antérieure de l'estomac et on l'invagine en le maintenant par un surjet de soie fine. Cette gastroplication a pour but, d'abord de diminuer le calibre de l'estomac, d'en changer les rapports et surtout de l'éloigner du côlon transverse avec lequel il contracterait

rapidement de nouvelles adhérences si on le laissait dans sa position antérieure. Suture de la paroi abdominale à deux étages.

Le lendemain, il y a quelques vomissements chloroformiques ; le quatrième jour surviennent des douleurs abdominales assez vives au-dessous de l'estomac : elles disparaissent après un lavement laxatif.

On alimente l'opéré avec du bouillon, du lait, des œufs.

Le 20, on lui fait donner de la viande crue, mais pendant la nuit se produit une crise douloureuse nécessitant une piqûre de morphine.

L'opéré quitte l'Hôtel-Dieu le 4 juin, il a encore eu deux crises moins violentes et surtout moins prolongées et siégeant plutôt dans le ventre au-dessous de l'ombilic. L'état général est assez bon, le poids n'est que de 96 livres.

10 juillet. — Une nouvelle crise ayant duré six heures a été occasionnée par l'ingestion de salade, le malade promet de suivre un régime sévère. Poids 100 livres.

Août : poids 110 livres. A la suite d'un repas composé de pain et de poires, a eu une violente indigestion avec du sang dans les vomissements.

En septembre, nous le retrouvons encore pâle et faible mais sans crise douloureuse.

OBSERVATION IV (Docteur Faure inédite).

Hystérectomie abdominale totale totale pour fibrome utérin. Plissement de l'estomac.

Justine L..., 46 ans, blanchisseuse, entre à Laennec le 18 août 1897. Depuis deux ans ses règles, d'abord régulières sont devenues longues (8 à 10 jours) et abondantes ; dans l'intervalle leucorrhée. Elle éprouve en outre des douleurs abdominales vagues et présente dans la fosse iliaque droite une tumeur qui se développe lentement. L'examen révèle la présence d'un volumineux fibrome utérin pour lequel j'intervins le 24 août. Au cours de l'opération l'estomac m'apparut dilaté et des-

cendait très bas ; j'en fis le plissement par cinq points au catgut.

Dans un cas que j'ai précédemment rapporté j'étais ainsi intervenu secondairement au cours d'une laparatomie. Ma première malade présentait il est vrai des troubles dyspeptiques assez marqués (pesanteur après les repas, gonflement de la région épigastrique, poussées congestives, etc.) mais l'amélioration que j'obtins m'engagea vivement pour mes interventions ultérieures sur la cavité abdominale à examiner l'estomac et au cas où ses dimensions seraient anormales à les réduire délibérément par la plicature de sa paroi intérieure.

C'est à ce mobile que j'obéis chez cette seconde malade bien qu'elle n'eût pas attiré mon attention sur ses fonctions digestives. La suite justifia l'intervention toute bénigne d'ailleurs, que j'avais pratiquée de parti pris : Justine L..., qui à la suite de l'hystérectomie présenta une fistule rectale pour laquelle son séjour à l'hôpital fut un peu prolongé nous parla à plusieurs reprises de son appétit devenu bien plus considérable qu'à son entrée. Je poussai un peu à la suralimentation : jamais elle ne se plaignit de lenteur de la digestion ni de pesanteur de l'estomac ; bien mieux elle s'étonnait elle même de la tolérance de son estomac avec lequel il lui avait plutôt toujours fallu compter. A sa sortie, deux mois après l'intervention, elle était augmentée de 9 livres. A diverses reprises, depuis lors, elle vint à la consultation et chaque fois elle se plaisait à accuser un appétit robuste, un état gastrique excellent et la pesée venait corroborer ses affirmations.

En janvier dernier elle était de 27 livres en augmentation sur son poids à l'entrée à Laennec il y a près de trois ans.

OBSERVATION V (Dr Gueillot inédite) (1)

*Dilatation de l'estomac avec hypertrophie des parois et dilata-
tions vasculaires. Gastroplication.*

D..., 16 ans, est malade depuis plusieurs années lorsqu'il entre à l'Hôtel-Dieu. (Octobre 1897.)

(1) D'après les notes de M. Cérac interne du service.

Pas d'antécédents héréditaires. Depuis six ans éprouve dans l'hypochondre droit des douleurs revenant à intervalles irréguliers, disparaissant après des purgations. Il y a quatre ans, premier séjour à l'hôpital pendant six mois. Quelque temps après, nouveau séjour de un mois : on constate paraît-il à cette époque une tuméfaction sous les fausses-côtes, et on applique des pointes de feu. Les années suivantes les douleurs dans la région de l'estomac reviennent de temps à autre. L'andernier, le malade entre à nouveau à la clinique chirurgicale ; il se plaint d'oppressions, de tiraillements dans le côté droit, et de sensation de brûlures dans l'estomac. Le traitement consiste en calmants et en pointe de feu.

Après plusieurs mois, D..., sort de l'Hôtel-Dieu, sans amélioration.

En octobre 1897, il y rentre de nouveau dans le service du professeur H. Henrot qui le fait passer bientôt dans le service de chirurgie du Dr Gueillot.

Il se plaint de douleurs persistantes avec tiraillements dans la région de l'estomac et dans le côté droit avec irradiation vers les mamelons et dans le dos. La langue est sale, les digestions sont pénibles ; seuls les aliments légers : bouillons, lait, œufs, sont acceptés, les autres sont vomis ; les selles sont régulières, quelquefois diarrhéiques.

L'estomac est manifestement dilaté ; après avoir fait absorber au malade de la potion de Rivière, on voit que l'estomac occupe une place considérable et descend à 3 centimètres au-dessous de l'ombilic. Cependant, trois heures après l'ingestion de café au lait, il ne reste dans l'estomac que 50 à 60 grammes de liquide. L'organe se contracte énergiquement et les contractions sont visibles à travers la paroi abdominale.

Le diagnostic de dilatation de l'estomac est donc évident ; de plus, nous savons que les parois sont épaissies et ont conservé leur contractilité. Peut-être la cause est-elle un spasme simple du pylore ?

L'opération est faite le 12 janvier 1898. Dès que l'aponévrose

est incisé, le péritoine bombe fortement au fond de l'incision, puis quand le péritoine est ouvert, l'estomac sort de lui-même : il est volumineux, dilaté et très épais.

Cet épaissement des parois est tout à fait remarquable et coïncide avec une véritable hypertrophie de tous les vaisseaux : la coronaire stomacique bat énergiquement, et de grosses veines variqueuses longent la grande courbure en envoyant des ramifications volumineuses sur la face antérieure.

Pas d'adhérences, pas de tumeur au niveau du pylore qui est haut placé, de sorte que une grande partie de la cavité stomacale se trouve au-dessous du niveau de l'orifice pylorique.

On pratique la gastroplication antérieure en invaginant un pli longitudinal de la paroi. Ce pli est maintenu par un surjet à la soie qui réunit sa base ; un point de suture séparé complète le surjet à gauche, un autre est placé sur un point saignant. L'estomac est rentré dans l'abdomen : pendant la suture du péritoine, il faut constamment le refouler, il tend à faire hernie ainsi que l'épiploon.

Suites opératoires très bonnes ; le 22 on commence à donner une alimentation solide.

Deux mois après l'opération, D..., nous dit qu'il digère bien et peut manger de la viande ; on perçoit encore un certain clapotement stomacal.

En novembre 1898, six mois après l'intervention, l'état général est parfait, les digestions sont faciles, et l'opéré ne choisit plus ses aliments ; la sonorité stomacale va jusqu'à trois travers de doigt au-dessous des fausses côtes. Augmentation de poids : Onze livres.

Revu en janvier 1899, un an après l'opération. Il y a du clapotement stomacal, la sonorité ne dépasse plus guère les fausses côtes. Poids : 94 livres, au lieu de 76 à la sortie de l'hôpital ; gain : dix-huit livres.

OBSERVATION VI (D^r Hartmann) (1)

Dilatation et dislocation verticales de l'estomac.

Madame C. B..., âgée de 31 ans, malade depuis vingt mois, nous est adressée par le docteur Soupault. Elle a commencé par ne plus pouvoir boire de vin, la moindre ingestion de ce liquide occasionnait une sensation de brûlure, elle mangeait alors encore un peu. Quatre mois plus tard, janvier 1897, elle se met au régime exclusif du lait et vit ainsi pendant un an. En janvier 1898, elle cesse le lait qui reste sur l'estomac et ne prend que de l'orge miellé, un peu de fromage de chèvre et des échaudés.

Jamais elle n'a eu de vomissements, mais dès le début, constipation intense qui ne cède qu'à des lavements et à de l'huile de ricin. Les règles ont cessé depuis un an.

Mère bien portante, père mort à 49 ans d'une affection stomacale. La malade avait à part une fièvre scarlatine, toujours joui d'une bonne santé, elle a deux enfants, le dernier à cinq ans.

Etat actuel : teint très pâle, chairs flasques, apparence cachectique : le poids de la malade est tombé de 52 kilogrammes à 32 kilog. 500.

L'insufflation de l'estomac fait constater une dilatation et une dislocation verticale de l'organe.

Opération, le 13 octobre 1898, par M. Hartmann, aides, MM. Gosset et Guillemin. Par une incision médiane sus-ombilicale, nous attirons l'estomac abaissé, nous fauflons quatre soies au niveau de l'antrum du pyllore dilaté, puis, les nouons après les avoir serrés.

Ayant gardé les chefs de ces fils longs, nous les repassons à travers le péritoine pariétal et le tissu sous-jacent au niveau de la face profonde des côtes à gauche.

(1) *Communication de la Société de chirurgie, 19 avril 1899.*

L'estomac reprend alors une apparence normale, le pylore se trouve immédiatement au-dessous du foie.

Les suites opératoires ne présentent rien de particulier. Nous alimentons peu à peu la malade qui digère maintenant bien ce qu'elle prend.

L'état général s'améliore notablement. L'estomac examiné après insufflation le 4 novembre a repris ses formes et ses rapports normaux.

Poids le 12 octobre veille de l'opération 32 kil. 500

— 6 novembre	—	35	—
— 20 —	—	38	—
— 15 décembre	—	43	—
— 10 janvier	—	47	—

OBSERVATION VII (D^r Jonnesco)

Dilatation de l'estomac avec ptose et gastrite chronique (1)

Il s'agissait d'une homme de trente ans souffrant depuis trois ans de douleurs vives.

Opération le 24 mai 1899. Laparotomie médiane sous-ombilicale, résection de la ligne blanche. L'estomac très dilaté et très abaissé ne présente aucune lésion appréciable au niveau du pylore.

Gastrorraphie antérieure : neufs fils de catgut n° 0 sont fau-
filés de la grande à la petite courbure sur toute l'étendue de la
paroi antérieure du pylore au cardice. Les fils distants de deux
centimètres traversent la séreuse et la musculuse, laissant la
muqueuse libre. Une fois serrés et noués ils rapprochent la
grande de la petite courbure et font disparaître presque la
totalité de la paroi gastrique antérieure. L'estomac devenu
presque cylindrique, est considérablement rétréci. Les chefs de
ces fils longs sont conservés pour servir ultérieurement à la
gastropexie.

(1) *Association française de chirurgie*, octobre 1899.

Gastro-entérostomose transmésocolique postérieure. Le mésentéron transverse incisé, les lèvres de la plaie sont fixées à la paroi gastrique postérieure par quatre points cardinaux au catgut n° 0.

Je pratique l'abouchement gastro-jéjunal latéral par trois surjets à l'aiguille à coudre ordinaire armée de catgut n° 00, et de la façon suivante : surjet séro-séreux postérieur, incision de la séreuse et de la musculieuse respectant la muqueuse, surjet musculo-séreux postérieur ; incision de la muqueuse, surjet muco-muqueux circulaire ; continuation en avant du surjet séro-musculaire et du surjet séro-séreux.

Jéjuno-jéjunostomie latérale pour empêcher l'écoulement de la bile dans l'estomac. La suture est faite comme dans le temps précédent.

Gastropexie. Les fils longs de la gastrorraphie ont été séparés à travers le péritoine pariétal et le tissu sous jacent au niveau de la face profonde des côtes à gauche. L'estomac ainsi fixé reprend sa place normale, le pylore immédiatement sur le foie.

Les suites opératoires ont été des plus simples malgré une congestion pulmonaire passagère.

Le 12 juillet le malade quitte l'hôpital dans un parfait état. L'examen du contenu stomacal montrait de l'hyperchloridurie avant l'opération, il devint absolument normal après l'opération.

Critique

Notre intention n'est pas d'établir un long parallèle entre la gastroplication et les autres interventions chirurgicales qui se proposent le même but, à savoir le rétablissement du cours normal et régulier des aliments dans l'estomac dont les dimensions sont également réduites.

Aussi bien la gastro-entérostomie et la pyloroplastie tendent-elles surtout à agir sur la sténose médio-gastrique ou pylorique et s'appliquent-elles seulement aux cas de dilatation par obstacle. La gastro-entérostomie est alors l'opération de choix ; sa technique est maintenant bien établie et ses résultats fonctionnels sont excellents. La pyloroplastie, que l'on tend d'ailleurs à abandonner de plus en plus, peut réussir si le sphincter est mobile, non adhérent, à paroi souple.

La gastroplication n'agit que secondairement sur la stase gastrique : son objectif est de réduire les dimensions, de diminuer la capacité, de faire disparaître les

diverticules d'un estomac anormalement développé : l'organe étant revenu à ses proportions ordinaires le cours des aliments se rétablit de lui-même à moins qu'un obstacle, le plus souvent pylorique ne s'y oppose : c'est alors le lieu d'intervenir par la gastro-entérostomie.

Mais à côté de certaines gastrites dûes à un obstacle il en est d'autres qui cèdent à une simple réduction de volume de l'organe : la gastroplication convient alors très bien (Bircher).

En 1895, Duret, de Lille, eut l'idée de traiter la dilatation par la fixation de l'estomac à la paroi abdominale. Cette application de la gastropexie ne produisit pas les résultats attendus. Nous ne croyions à l'efficacité relative pour le cas qui nous occupe, de ce procédé opératoire que dans le cas de ptose viscérale généralisée ou maladie de Glénard. D'ailleurs, nous ne connaissons aucune autre tentative isolée dans cette voie. H. Hartman a combiné la gastroplication et la gastropexie chez un malade qui était porteur de dilatation avec dislocation verticale de l'estomac (Observation VI).

Avant de conclure, nous rappelons pour mémoire les cas de Roux (gastroplication, gastro-entérostomie, rupture d'adhérences) et de Weir (gastro-entérostomie, gastroplication consécutive) qui montrent bien l'insuffisance de la gastro-entérostomie dans des cas déterminés.

Conclusions

Le plissement de l'estomac, opération rapide et bénigne dont les résultats directs ont été constatés cliniquement (Roux) et expérimentalement (Faure) est indiqué dans les cas de dilatation d'origine nervo-motrice.

S'il existe à l'affection une cause mécanique, la gastro-entérostomie est préférable. Toutefois, l'observation démontre que si la sténose pylorique est due à des adhérences par brides cicatricielles, principalement à la suite d'un ulcère rond, la gastroplication après rupture des adhérences détermine une amélioration rapide et durable de l'état du malade suffisante pour légitimer cette intervention.

Disons en terminant que l'opération de Bircher et les indications que nous en avons données se rapportent uniquement au cas où les malades ne retirent aucun bénéfice d'un traitement médical bien compris (régime,

lavage de l'estomac, port d'une sangle de Glénard) et s'achemine lentement mais sûrement vers la cachexie. « Ces cas, pour être peu fréquents méritent que l'on s'y arrête et que l'on se prête aux nécessités de la situation par une intervention chirurgicale (Debove et Rémond) ».

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

Vu : LE DOYEN,

Paul BERGER.

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

LE VICE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,

GREARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BOUVERET. — Traité des maladies de l'estomac.
- DEBOVE et RÉMOND. — Traité des maladies de l'estomac.
- BROUARDEL et GILBERT. — Traité de médecine.
- BOUCHARD et BRISSAUD. — Traité de médecine.
- ROBIN. — Traité de thérapeutique appliquée.
- DOYEN. — Traitement chirurgical des affections de l'estomac et du duodénum.
- TERRIER et HARTMANN. — Chirurgie de l'estomac.
- BIRCHER. — Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte, 1891.
- WEIR. — Trans. amer. surg. Assoc., 1892.
- BRANDT. — Centralblatt f. chirurgie, 1894.
- BENNETT. — The Lancet, 1893.
- MOYNIHAM. — Brit. med., 1898.
- BORELIUS et NICOLAYSEN. — Congrès des chirurgiens du Nord (1895).
- SCHATTUCK. — Trans. of. the amer. surg. Assoc., 1897.
- MARCEL BAUDOUIN. — Progrès Médical, 1892.

GUEILLOT. — Congrès de chirurgie, 1896.

FAURE. — Gazette des Hôpitaux, 1897.

ROUX (de Lausanne) — Rev. Gynéc. et Chirurg. hebdom., 1897.

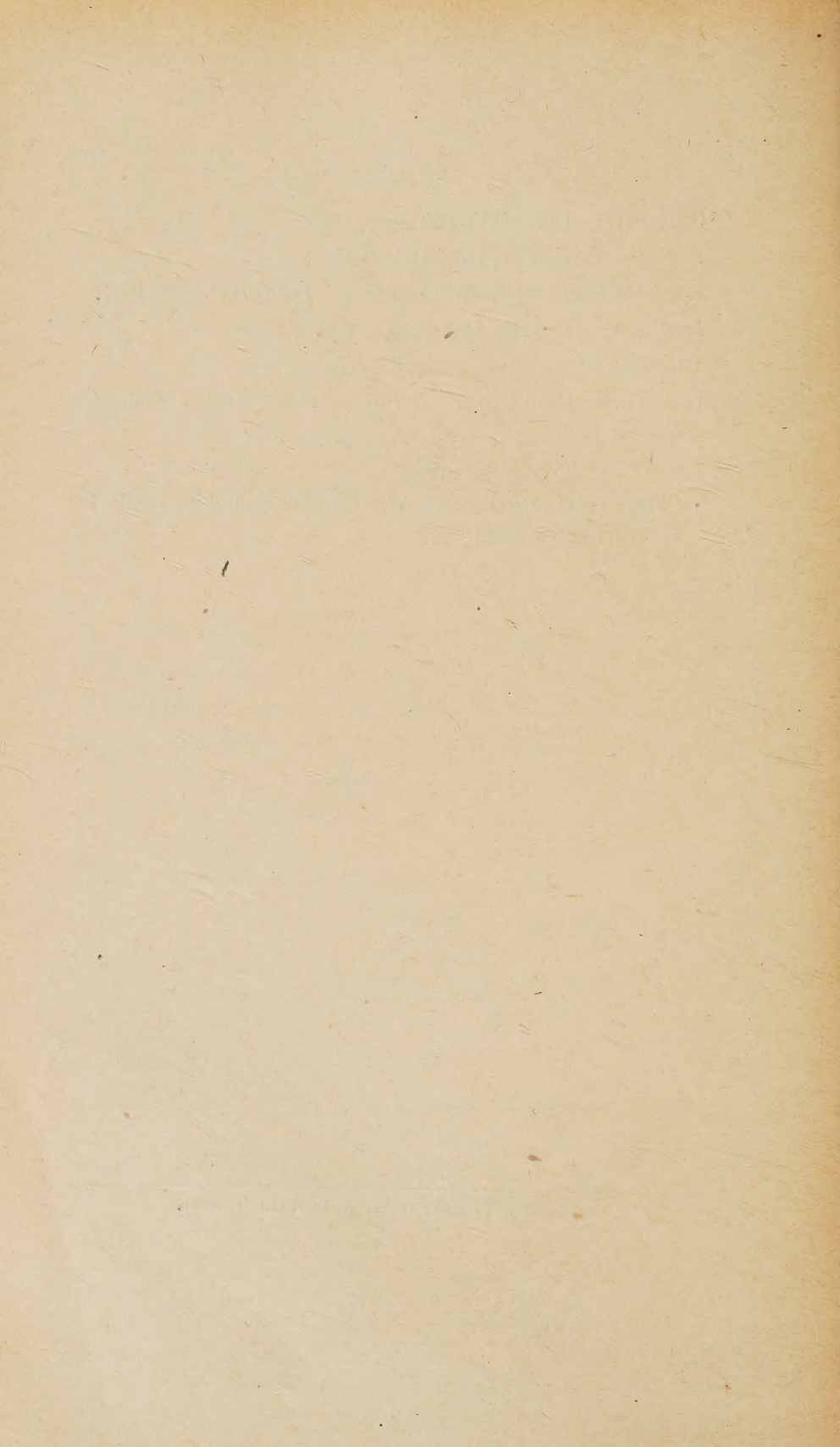
JONNESCO. — Congrès de chirurgie, 1899.

HORROKS. — Annals of surgery, 1899.

G. CHILDS MACDONALD. — Philadelphia Medical Journal
(février 1900).

RANDOLPH WINSLOW.

H. MOSER et J. DUTTON. — American Journal of the medical
science (février 1900).





BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE F. DEVERDUN.
